

Актуальні питання з проведення антибактеріальної терапії у дітей із гострими респіраторними захворюваннями

Автори: Дука К.Д., Ільченко С.І., Коренюк О.С. - ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; Дігтяр С.П. - КЗ «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня № 2»; Фоменкова Н.В. - КЗ «Дніпропетровська дитяча міська клінічна лікарня № 5»

Рубрики: Педіатрія/Неонатологія

Розділи: Клінічні дослідження

Резюме

У статті розглянуті питання проведення антибактеріальної терапії у дітей із гострими респіраторними захворюваннями (ГРЗ): обґрунтованість призначення, вибір стартового антибіотика і методики терапії. Наведено аналіз 369 історій хвороби дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу гострих респіраторних вірусних інфекцій, бронхітів і пневмоній. Відзначено, що у третини дітей із ГРЗ призначення антибактеріальної терапії було необґрунтованим і передчасним. Як стартовий антибіотик при терапії ГРЗ домінують цефалоспорины II і III поколінь. Виявлено нечасте використання тактики ступеневої терапії і переважно парентеральне призначення антибіотиків.

В статье рассмотрены вопросы проведения антибактериальной терапии у детей с острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ): обоснованность назначения, выбор стартового антибиотика и методики терапии. Приведен анализ 369 историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении по поводу острых респираторных вирусных инфекций, бронхитов и пневмоний. Отмечено, что у трети детей с ОРЗ назначение антибактериальной терапии было необоснованным и преждевременным. В качестве стартового антибиотика при терапии ОРЗ доминируют цефалоспорины II и III поколений. Выявлено редкое использование тактики ступенчатой терапии и преимущественное парентеральное назначение антибиотиков.

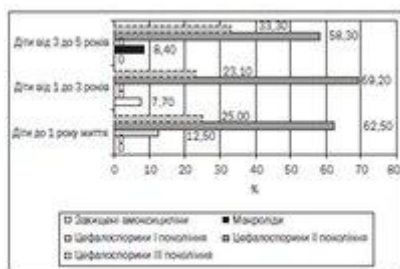
In the article we considered the antibacterial therapy in children with acute respiratory disease: rational of administration, the choice of an initial antibiotic and the selection of methods of antibiotic therapy. 369 case records of children with acute respiratory infection, bronchitis and pneumonias were analyzed. It was detected that the prescription of antibacterial therapy was groundless and timeless in 1/3 children with acute respiratory diseases. The Cephalosporins of the II and III generation dominates as a starting treatment of acute respiratory disease in children. We registered the rare use of sequential therapy and prevailing administration of parenteral antibiotics.

Ключові слова

респіраторні захворювання, антибактеріальна терапія, діти.

респираторные заболевания, антибактериальная терапия, дети.

respiratory diseases, antibiotic therapy, children.



Статтю опубліковано на с. 9-12

Вступ

Одним із найважливіших питань при лікуванні гострих захворювань органів дихання у дітей є проведення антибактеріальної терапії.

Згідно із затвердженим протоколом [1, 2], проведення антибактеріальної терапії з включенням антибіотиків можливе тільки при ускладненому перебігу гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) та приєднанні середнього отиту, гострого тонзиліту, бронхіту і пневмонії або з урахуванням віку дитини (перші 6 місяців життя).

Слід зазначити, що саме у дітей раннього віку існує високий ризик розвитку ускладнень при гострих респіраторних вірусних інфекціях (ГРВІ) будь-якої етіології. У них значно частіше зустрічаються захворювання з високим ризиком розвитку тяжких синдромів (нейротоксикоз, судомний синдром, синдром крупа, бронхообструктивний синдром) і бактеріальних ускладнень, що визначають тяжкість, тривалість і результат захворювання. Вони реєструються у кожній третій хворій дитині. Чим молодша дитина, тим вищий у неї ризик розвитку ускладнень. Ця ймовірність зменшується на 20 % кожні наступні 6 років життя дитини [3]. Тому повинні бути чітко обґрунтовані критерії для призначення антибактеріальної терапії.

Суттєвою проблемою залишається широке і необґрунтоване призначення антибіотиків при неускладнених формах ГРЗ у дітей, міфологічно спрямоване на профілактику бактеріальних ускладнень або для зняття підвищеної тривожності батьків.

Другим питанням при лікуванні ГРЗ є вибір стартового антибіотика. Оскільки часто при гострому захворюванні відсутні дані про збудника у конкретного хворого, вибір препарату базується на рекомендаціях емпіричної стартової терапії з урахуванням вірогідної етіології хвороби та чутливості вірогідного збудника в даному регіоні.

Згідно з даними клінічних досліджень останніх років, при позалікарняних пневмоніях у дітей першого року життя переважають *E.coli*, *S.aureus*, *S.epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*; 1–6 років — *Streptococcus pneumo-niae*, *Haemophilus influenzae*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*; 7–15 років — *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*. При цьому слід розрізняти типові позалікарняні пневмонії, що викликані класичними патогенами, та атипові позалікарняні форми, що обумовлені *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* [4, 5].

Дослідження з вивчення етіологічної структури пневмоній у дітей, проведені Г.С. Сенаторовою та співавторами у 2011 році, показали стабільну висіюваність *S.pneumoniae* (48,24 %), гемолітичного стрептокока (49,25 %) і *K.pneumoniae* (48,24 %). Відзначено зниження частки грамнегативної флори в пейзажі збудників пневмонії ($p < 0,05$) [36]. У зв'язку з цим як стартовий препарат слід застосовувати напівсинтетичні пеніциліни, а краще — напівсинтетичні пеніциліни з клавулановою кислотою [6].

Однак останніми роками відзначається не-ухильна тенденція поширення пеніцилінрезистентних штамів *Str.pneumoniae*, стійких до амінопеніцилінів, цефалоспоринів I–II поколінь, у той же час показано вплив на їх життєдіяльність цефалоспоринів III покоління [5, 7, 8].

Поряд із ними можна застосовувати макроліди або аміноглікозиди II–III поколінь. Згідно з протоколом можливо використання всіх цих груп антибіотиків, але слід приділити увагу рекомендованій ранжированій послідовності їх застосування.

Матеріали та методи дослідження

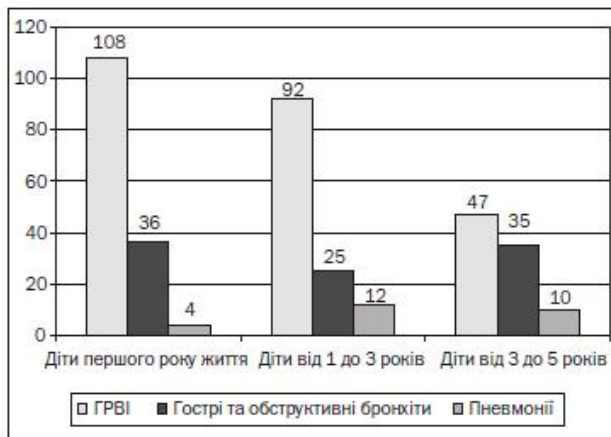
Нашою метою було вивчення терапевтичної тактики при лікуванні ГРЗ у дітей раннього віку. Було акцентовано увагу на таких питаннях: обґрунтованість призначення антибактеріальної терапії, вибір стартового антибіотика, вибір методики проведення антибактеріальної терапії.

Нами проведений аналіз історій хвороби 369 дітей перших 5 років життя, які знаходились на стаціонарному лікуванні у педіатричних відділеннях Дніпропетровської дитячої міської лікарні № 2 та № 5 з приводу гострого захворювання органів дихання. Були виділені три вікові групи: діти першого року життя — 148 дітей; від 1 до 3 років — 129 дітей; від 3 до 5 років — 92 дитини. Нозологічна структура респіраторних захворювань у обстежених дітей наведена на рис. 1. Математична обробка отриманих результатів проводилася з використанням пакета сучасних статистичних прикладних програм Statistics for Windows.

Результати та їх обговорення

Аналіз структури гострої респіраторної патології у досліджуваній групі показав, що серед захворювань органів дихання у дітей раннього віку, як і раніше, переважають респіраторні вірусні інфекції з ураженням верхніх відділів респіраторного тракту. Друге місце стабільно займають гострі та обструктивні бронхіти. Необхідно відзначити, що захворюваність на пневмонії у дітей раннього віку нижча, ніж у дітей старшої вікової групи.

Під час нашого дослідження особливе значення приділялося аналізу призначення антибактеріальної терапії при лікуванні дітей із ГРЗ. Так, при лікуванні ГРВІ антибіотики призначалися в групі дітей першого року життя — у 29,6 % випадків; у віковій групі від 1 до 3 років — у 74,3 %; від 3 до 5 років — у 54,5 %. При лікуванні гострого бронхіту, у тому числі і його обструктивних форм, ми відзначили більш часте використання антибіотиків. Дітям грудного віку антибактеріальна терапія призначалася в 75 % випадків, від 1 до 3 років — у 88,9 %, а у віковій групі від 3 до 5 років — у 100 % випадків (рис. 2).



Рисунки 1. Нозологічна структура респіраторних захворювань в обстежених дітей



Рисунки 2. Частота призначення антибіотиків при лікуванні ГРЗ у дітей (за даними власних спостережень)

Основними показаннями до призначення антибактеріальної терапії у дітей раннього віку при лікуванні гострих респіраторних захворювань були лихоманка протягом більше ніж 3 діб, клінічно виражена інтоксикація, лабораторно підтверджений лейкоцитоз в крові. Як правило, антибіотики застосовувалися дітям, які надійшли в стаціонар на третю й більше добу від початку захворювання, з урахуванням неефективної терапії на амбулаторному етапі.

Однак ми переконалися, що призначення антибактеріальної терапії при лікуванні ГРЗ у дітей не завжди було обґрунтованим. На нашу думку, у 37,5 % пацієнтів застосування антибіотиків було передчасним. У деяких випадках антибактеріальна терапія призначалася з першого дня респіраторного захворювання, з урахуванням раннього віку дитини (1–2 місяці життя).

Необхідно акцентувати увагу лікарів на індивідуальному та комплексному підході до обґрунтування антибіотиків з урахуванням не тільки віку дитини, але і клінічних особливостей, перебігу хвороби, а також ризику розвитку бактеріальних ускладнень. Основоположними у виборі раціональної етіопатогенетичної терапії ГРЗ у дітей повинні бути мінімізація використання антибіотиків і профілактика антибіотикорезистентності.

На наш погляд, важливим аспектом у проведенні антибактеріальної терапії є не тільки її обґрунтованість, але і вибір стартового антибіотика. Згідно з нашими дослідженнями, в більшості випадків проведення антибактеріальної терапії ГРЗ починається з призначення препаратів широкого спектра дії з групи цефалоспоринів II та III покоління. Так, при лікуванні ГРВІ та бронхітів у дітей раннього віку у 74,3 % випадків як стартовий антибіотик застосовувався цефуроксим та його аналоги. Призначення захищених амоксицилінів та макролідів як препаратів вибору були поодинокими (рис. 3).



Рисунки 3. Стартова антибактеріальна терапія ГРЗ у дітей раннього віку (за даними власних спостережень)

Необхідно підкреслити, що методами доказової медицини підтверджено зниження частки грамнегативної флори в пейзажі збудників гострих респіраторних захворювань у дітей, зокрема пневмоній. Відзначається деяке поліпшення чутливості кокової флори до цефуроксиму (58 %), однак чутливість до захищених амоксицилінів (амоксиклаву) значно вища (68 %). Також вірогідно не змінилася чутливість кокових збудників до макролідів (азитроміцину) [6, 8].

У зв'язку з цим при лікуванні неускладнених форм бронхітів і пневмоній більш раціональним є застосування антибактеріальної терапії step up і використання як антибіотика першої лінії напівсинтетичних пеніцилінів з клавулановою кислотою (амоксиклаву). У випадку тяжкого, ускладненого перебігу респіраторних захворювань можливе застосування терапії з позицій step down з призначенням стартового антибіотика — цефалоспоринів II або III покоління.

Аналізуючи методику проведення антибактеріальної терапії у дітей із ГРЗ, ми відмітили переважне використання парентерального шляху введення антибіотиків. Так, у дітей першого року життя, хворих на ГРВІ або бронхіт, пероральні антибіотики призначалися лише у 23,8 % випадків. У більш старших вікових групах ми спостерігали ще більш нечасте призначення пероральних форм антибіотиків — в 11,5 % випадків. При лікуванні пневмоній майже всі діти отримували антибактеріальну терапію у вигляді ін'єкцій протягом 7–10 днів.

Ми практично не спостерігали застосування тактики ступеневої терапії, що, безсумнівно, є серйозним відступом від рекомендацій клінічного протоколу. Частіше ступенева терапія використовувалася як терапія долікування у пацієнтів, хворих на пневмонію.

Тому необхідно акцентувати увагу практикуючих лікарів на важливості щадної тактики лікування, особливо у дітей раннього віку. Перехід на пероральний шлях застосування антибіотиків не тільки виключає психотравмуючу дію ін'єкцій як больового фактора, але й є більш безпечним методом порівняно з парентеральним введенням, оскільки зменшує ризик поширення інфекцій та ймовірність постін'єкційних ускладнень.

Висновки

1. Призначення антибактеріальної терапії дітям із ГРЗ повинно бути обґрунтовано вагомими клініко-лабораторними ознаками бактеріальних ускладнень або тяжким перебігом захворювання, без огляду на вік дитини. Основоположною у виборі раціональної етіопатогенетичної терапії ГРЗ у дітей повинна бути мінімізація використання антибіотиків.

2. Слід приділяти увагу рекомендованій клінічними протоколами ранжированій послідовності застосування антибіотиків при ГРЗ. Чи не призведе широке застосування цефалоспоринів II–III покоління до формування стійкої антибіотикорезистентності патогенної мікрофлори?

3. При лікуванні захворювань органів дихання у дітей раннього віку рекомендувати переважне використання класичної тактики ступеневої терапії, а у випадках легкого і середньотяжкого перебігу — застосування пероральних форм антибіотиків.

Список літератури

1. Наказ МОЗ України № 354 від 09.07.2004 «Про затвердження Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей».
2. Наказ МОЗ України № 18 від 13.01.2005 «Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча пульмонологія».
3. Крамарев С.А. Лечение гриппа и острых респираторных вирусных инфекций у детей / С.А. Крамарев // Рациональная фармакотерапия. — 2008. — № 3/2. — С. 24-28.
4. Таточенко В.К. Пневмония у детей — диагностика и лечение / В.К. Таточенко // Современная педиатрия. — 2010. — № 2(30). — С. 72-76.
5. Волосовец А.П. Пероральные цефалоспорины в практике современной педиатрии / А.П. Волосовец, С.П. Кривопустов // Новости медицины и фармации. — 2008. — № 236. — С. 31-36.
6. Выбор стартовой антибактериальной терапии пневмонии у детей / А.С. Сенаторова, О.Л. Логвинова, И.А. Басюк, Г.Р. Муратов [и др.] // Здоров'я України. — 2011. — С. 8-9.
7. Стартовая антибактериальная терапия внебольничных форм пневмонии у детей / А.Е. Абатуров, Е.А. Агафонова, О.Н. Герасименко [и др.] // Современная педиатрия. — 2011. — № 4(38). — С. 95-98.
8. Свиштушкин В.М. Возможности лечения больных с острыми респираторными вирусными инфекциями в настоящее время / В.М. Свиштушкин, Г.Н. Никифорова, Н.П. Власова // Лечащий врач. — 2013. — № 1. — С. 34-36.